

**RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS**

Cette demande doit être signée par le médecin responsable du groupe de médecine de famille (GMF) et, dans le cas d'un GMF mixte, par le président-directeur général (PDG) du centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS). Elle doit être accompagnée des pièces justificatives des travaux réalisés. Elle doit être envoyée par courriel, entre le 90<sup>e</sup> et le 60<sup>e</sup> jour précédant la date de la révision annuelle du GMF, à l'adresse suivante : [DOSPLI.GMF@msss.gouv.qc.ca](mailto:DOSPLI.GMF@msss.gouv.qc.ca)

Nous demandons un remboursement pour des travaux d'aménagement effectués au GMF

\_\_\_\_\_.

**Veillez cocher le volet approprié et compléter les sections ci-dessous :**

<input type="checkbox"/> Volet GMF	Site(s) concerné(s) ( <i>une ligne par site</i> )	Date ( <i>année</i> )	Coût des travaux
			\$
			\$
<b>Coût total</b>			<b>\$</b>
<input type="checkbox"/> Volet GMF-R	Site concerné	Date ( <i>année</i> )	Coût des travaux
			\$

*Maximum autorisé selon le Programme GMF : 40 000 \$ (section 6.2.2 du Programme GMF)*

*Maximum autorisé selon le Programme GMF-R : 60 000 \$ (section 6.1.2 du Programme GMF-R)*

\_\_\_\_\_  
[signature du médecin responsable]

\_\_\_\_\_  
[date]

\_\_\_\_\_  
[nom du médecin responsable en lettres moulées]

**Pour un GMF mixte :**

[Dans le cas d'un GMF mixte] Le CISSS ou CIUSSS de \_\_\_\_\_ s'engage à rembourser le GMF au plus tard le \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
[signature du PDG]

\_\_\_\_\_  
[date]

\_\_\_\_\_  
[nom du PDG en lettres moulées]